

Katarzyna Lewandowska¹, Maria Rogiewicz², Krzysztof Specjalski¹,
Marek Niedożytko¹, Ewa Jassem¹

¹Klinika Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku

²Zakład Psychologii Wychowawczej, Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Wpływ psychoterapii na jakość życia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią astmy oskrzelowej — doniesienie wstępne

The influence of psychotherapy on the quality of life in patients with moderate and severe bronchial asthma — preliminary report

Streszczenie

Wstęp. Celem badania była ocena wpływu działań psychoterapeutycznych na jakość życia chorych na umiarkowaną i ciężką postać astmy oskrzelowej z uwzględnieniem indywidualnych cech osobowości.

Materiał i metody. Badaniem objęto 18 chorych na przewlekłą, umiarkowaną lub ciężką astmę oskrzelową. Podziału na grupę eksperymentalną i kontrolną dokonano na podstawie oceny intensywności uczęszczania na zajęcia. Rozpoznanie ustalono na podstawie wywiadu, badania lekarskiego oraz oceny wybranych parametrów spirometrycznych. Z chorymi przeprowadzono ustrukturalizowany wywiad psychologiczny. Pomiaru jakości życia dokonano na początku badania oraz po ukończeniu psychoterapii za pomocą Kwestionariusza Szpitala Świętego Jerzego (SGRQ), Skali Akceptacji Choroby (AIS) i Skali Kontroli Emocji (CECS). Do oceny wybranych zmiennych osobowościowych wykorzystano Inwentarz Osobowości NEO-FFI i Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Psychoterapia obejmowała 16 sesji grupowych, podczas których stosowano techniki ukierunkowane na zmianę zachowania (trening relaksacji) oraz zmianę struktur poznawczych (poznawczych sposobów radzenia sobie ze stresem). Celem prowadzonych działań była poprawa jakości życia zależna przede wszystkim od kontroli choroby i zmniejszenia poziomu lęku, który wiąże się z atakami duszności oraz świadomością, że choroba ma przewlekły i postępujący charakter.

Wyniki. Po ukończeniu psychoterapii zwiększał się stopień akceptacji choroby ($F = 6,03$, $p < 0,05$) i poziom kontroli emocji ($F = 4,73$, $p < 0,05$). W grupie kontrolnej odnotowano pogorszenie jakości życia zależnej od stanu zdrowia ($F = 7,42$, $p < 0,05$). Wpływ cech indywidualnych (osobowość i styl radzenia sobie ze stresem) na zależność pomiędzy udziałem w psychoterapii a jakością życia okazał się nieistotny.

Wnioski. Ponieważ w zajęciach psychoterapeutycznych uczestniczyła niewielka liczba chorych, otrzymane wyniki należy interpretować z ostrożnością. Mogą one jednak stanowić przyczynek do dalszych badań, w których zostaną wykorzystane proponowane techniki psychoterapeutyczne.

Słowa kluczowe: astma oskrzelowa, psychoterapia, jakość życia

Adres do korespondencji: mgr Katarzyna Lewandowska
Klinika Alergologii Katedry Pneumonologii i Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel./faks: (+48 58) 349 16 25, e-mail: klewandowska@amg.gda.pl

 Polska Medycyna Paliatywna 2006, 5, 3, 114–119
Copyright © Via Medica, ISSN 1644–115X

Abstract

Background. The aim of the study was to evaluate the efficacy of psychological interventions in adults with moderate and severe asthma. In addition, personality traits were taken into consideration.

Material and methods. Eighteen adults with moderate or severe asthma were divided into experimental and control group. The division was performed on the basis of attendance at psychotherapy sessions. The assessment of asthma control was based on interview, physical examination and lung function testing. In psychological interview pre- and post-therapy quality of life was evaluated with: Saint George's Hospital Respiratory Questionnaire (SGRQ), Acceptance of Illness Scale (AIS) and Courtauld Emotional Control Scale (CECS). The assessment of personality traits was performed with NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) and The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Psychotherapy comprised 16 group sessions including behavioural techniques (relaxation training) and cognitive restructuring (cognitive coping skills changing). The aim of intervention was to improve patients' quality of life depending mainly on the decrease of the symptoms and suppression of fear resulting from the shortness of breath and awareness that the disease is chronic and progressive.

Results. In the experimental group significant increase in both acceptance of illness ($F = 6.03$, $P < 0.05$) and emotional control ($F = 4.73$, $P < 0.05$) was found after psychotherapy sessions. Significant decrease in health-related quality of life was observed in the control group ($F = 7.42$, $P < 0.05$) at the post-assessment. The influence of the personality traits on the relationship between participating in psychotherapy and quality of life was not significant.

Conclusion. Psychotherapy seems to be an useful additional method of treatment in patients with asthma. The study provided data suggesting that these techniques may lead to more successful coping with disease. However, the study group was quite small and further investigations are necessary.

Key words: asthma, psychotherapy, quality of life

Wstęp

Wielu autorów podkreśla znaczenie reakcji psychicznych w patogenezie i przebiegu astmy oskrzelowej [1–3]. Astma oskrzelowa, podobnie jak każda choroba przewlekła, może być przyczyną pogorszenia jakości życia chorego, przy czym dodatkowym niekorzystnym elementem jest jej zmienny przebieg [4]. Chorzy na zaawansowaną postać astmy mają stale poczucie zagrożenia kolejnym zaostrzeniem choroby (napadem duszności), co powoduje częstsze występowanie stanów lękowych i depresyjnych [5, 6]. Znaczenie czynników emocjonalnych i stopień ograniczenia aktywności społecznej mogą być jednak jeszcze większe, gdy objawy astmy nie są wystarczająco opanowane. Duszność pojawiająca się nagle, napadowo, o dużym nasileniu znacznie pogarsza jakość życia chorego i budzi lęk pogłębiony zarówno poprzez wyobrażenia, takie jak uduszenie się, śmierć, jak i poczucie bezradności oraz bezradziejności [7].

Skuteczność działań psychologicznych u chorych na astmę nadal wzbudza kontrowersje [8]. Wielu autorów postuluje konieczność uwzględnienia osobniczych cech w badaniach nad efektywnością radzenia sobie z chorobą. Chorzy na astmę różnią się pod względem reakcji na napady duszności, skłonności do reagowania nasilonymi objawami na stresy emocjonalne i świadomości emocji wyzwalających ataki

[9]. Oznacza to, że pojawienie się takich emocji, jak lęk, złość czy depresja, w większym stopniu zależy od osobowości niż obiektywnych sytuacji. Wydaje się też, że uwzględnienie indywidualnego stylu radzenia sobie ze stresem, rozumianego jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych [10], mogłoby być pomocne w rozumieniu zachowań chorych i zwiększaniu skuteczności działań terapeutycznych.

Celem badania była ocena wpływu działań psychoterapeutycznych na poprawę jakości życia chorych na umiarkowaną i ciężką postać astmy oskrzelowej z uwzględnieniem indywidualnych cech osobowości.

Materiał i metody

Badaniem objęto 18 chorych na astmę oskrzelową przewlekłą, umiarkowaną lub ciężką, leczonych ambulatoryjnie w Poradni Alergologicznej Kliniki Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku. Warunkiem przystąpienia do programu było wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniu. Projekt badania zaaprobowwała Komisja Bioetyczna Akademii Medycznej w Gdańsku.

W badanej grupie było 14 kobiet i 4 mężczyzn. Średnia wieku badanych wynosiła blisko 50 lat (24–74 lat). Objawy przewlekłej ciężkiej astmy rozpoznano u 13 chorych, astmy przewlekłej umiarkowanej

— u 5 osób. Dobrą kontrolę objawów stwierdzono u 13 chorych, złą — u 5 badanych. Osoby z badanej grupy różniły się pod względem wykonywanych zawodów. Wykształcenie wyższe miały 3 osoby, średnie — 7 badanych, a zawodowe — 8 pacjentów. Większość badanych (15 chorych) stanowiły osoby niepracujące, otrzymujące rentę lub emeryturę, pozostali pacjenci byli aktywni zawodowo.

Podziału na grupę eksperymentalną i kontrolną dokonano na podstawie oceny intensywności uczęszczania na zajęcia. Obie grupy liczyły po 9 osób. Do pierwszej grupy zaliczono chorych, którzy uczestniczyli w 25% zajęć, a do grupy drugiej osoby, które w ogóle nie brały udziału w zajęciach bądź były obecne na mniej niż 25% zajęć.

U wszystkich chorych przeprowadzono wywiad, badanie lekarskie oraz ocenę wybranych parametrów spirometrycznych, takich jak natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV₁, *forced expiratory volume in one second*), natężona pojemność życiowa płuc (FVC, *forced vital capacity*), szczytowy przepływ wydechowy (PEF, *peak expiratory flow*), wskaźnik Tiffenau. Na podstawie tych danych dokonano oceny stopnia ciężkości astmy oskrzelowej oraz stopnia kontroli objawów. Następnie przeprowadzono ustrukturalizowany wywiad psychologiczny.

Oceny psychometrycznej dokonano za pomocą narzędzi należących do metod typu „papier-ołówek” (*paper-and-pencil test*), których podstawą jest samoopis.

Do oceny jakości życia wykorzystano Kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego (SGRQ, *Saint George's Hospital Respiratory Questionnaire*) [11].

W celu dokonania pomiaru stopnia akceptacji choroby użyto Skali Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) [12]. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Obejmują one uznanie ograniczeń narzuconych przez chorobę, brak samowystarczalności, poczucie zależności od innych osób i obniżone poczucie własnej wartości. Akceptacja choroby przejawia się mniejszym nasileniem negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą.

Subiektywną ocenę stopnia kontroli emocjonalnej określono na podstawie Skali Kontroli Emocji (CECS, *Courtauld Emotional Control Scale*) [12] składającej się z 3 podskal, z których każda zawiera 7 stwierdzeń dotyczących sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku.

Wpływ cech osobowości badanych na przebieg choroby oraz na skuteczność podejmowanych działań psychoterapeutycznych oceniono, stosując In-

wentarz Osobowości *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI) [13]. Kwestionariusz ten składa się z 60 twierdzeń, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby badany ocenia w 5-stopniowej skali. Pozycje te tworzą 5 skal mierzących neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność.

Z wymienionymi zmiennymi osobowościowymi wiąże się również styl radzenia sobie ze stresem, który oceniono za pomocą Inwentarza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, *The Coping Inventory for Stressful Situations*) [10]. Metoda ta ma typową formę kwestionariusza i zawiera 48 stwierdzeń opisujących różne zachowania, do których badani ustosunkowują się, korzystając ze skali typu Likerta.

Psychoterapię prowadzono w trybie ambulatoryjnym przez 2 miesiące. Jej celem było uzyskanie poprawy jakości życia chorych zależnej przede wszystkim od zmniejszenia nasilenia objawów choroby, ograniczenia lęku związanego z dusznością i świadomością, że choroba ma przewlekły i postępujący charakter. Program działań psychoterapeutycznych obejmował 16 sesji grupowych, a w tym:

A. Zajęcia teoretyczne (raz w tygodniu), podczas których omawiano następujące zagadnienia:

- wpływ różnorodnych czynników psychologicznych na powstawanie, przebieg oraz proces leczenia astmy oskrzelowej i jego skutki (działania niepożądane stosowanych leków);
- relacje pacjenta z rodziną — funkcja systemu rodzinnego, elementarne podstawy komunikacji;
- sposoby radzenia sobie ze stresem;
- metody działań psychologicznych w przypadku astmy oskrzelowej;
- promowanie zdrowego stylu życia.

B. Zajęcia praktyczne (raz w tygodniu) obejmujące:

- trening relaksacyjny w opracowaniu Marii Rogiewicz (program własny);
- wizualizację w opracowaniu Marii Rogiewicz (program własny);
- naukę prawidłowego oddychania;
- pracę z emocjami w podejściu poznawczo-behawioralnym z wykorzystaniem Racjonalnej Terapii Zachowań;
- pracę nad poprawą komunikacji w rodzinie.

C. Zadania domowe dla pacjenta obejmujące prowadzenie systematycznego treningu oddechowego i relaksacyjnego.

Analizę statystyczną wyników przeprowadzono za pomocą komputerowego pakietu STATISTICA (analiza wariancji ANOVA — układ z powtarzanymi

pomiarami). Do zmiennych zależnych określających jakość życia zaliczono stopień upośledzenia jakości życia zależnej od stanu zdrowia oraz poziom akceptacji choroby i nasilenie subiektywnej kontroli emocji. Jako predyktor jakościowy (zmienna niezależna) zdefiniowano udział w psychoterapii. Zmienne niezależne uboczne obejmowały cechy osobowości i styl radzenia sobie ze stresem.

Wyniki

Wpływ choroby na jakość życia chorych mierzoną za pomocą kwestionariusza SGRQ przedstawiono na rycinie 1. Pomiaru dokonano na początku badania oraz po ukończeniu psychoterapii w obu grupach chorych. Wykazano poprawę jakości życia po zakończeniu psychoterapii w grupie eksperymentalnej (nie odnotowano istotności statystycznej) oraz pogorszenie jakości życia w tym okresie w grupie kontrolnej [analiza wariancji ANOVA $F(1;15) = 7,42$, $p < 0,05$].

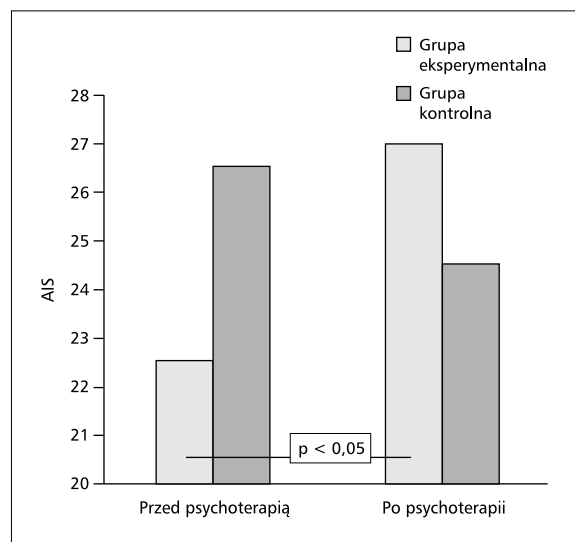
Za pomocą Skali Akceptacji Choroby (AIS) wykazano statystycznie istotną poprawę akceptacji choroby po ukończeniu psychoterapii w grupie eksperymentalnej [analiza wariancji ANOVA $F(1;15) = 6,03$, $p < 0,05$], natomiast nie odnotowano zmian w grupie kontrolnej (ryc. 2).

Oceny stopnia kontroli emocjonalnej dokonano za pomocą Skali Kontroli Emocji (CECS). Wykazano statystycznie istotne zmniejszenie stopnia tłumienia emocji po ukończeniu psychoterapii w grupie eks-

perymentalnej [analiza wariancji ANOVA $F(1;15) = 4,73$, $p < 0,05$], natomiast nie odnotowano zmian w grupie kontrolnej (ryc. 3).

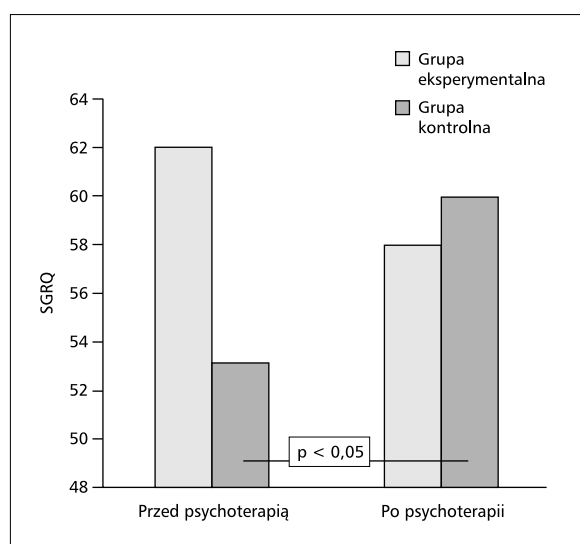
Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w wynikach podskal ujawniania gniewu, depresji i lęku.

Badania wpływu właściwości indywidualnych chorych (cech osobowości badanych i stylu radzenia sobie ze stresem) na przebieg choroby oraz na sku-



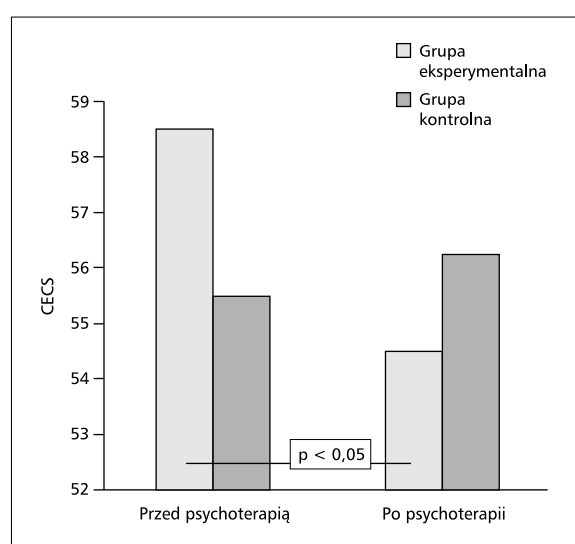
Rycina 2. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby według Skali Akceptacji Choroby (AIS) ($p < 0,05$)

Figure 2. The mean of the measurements of acceptance of illness (AIS) ($P < 0.05$)



Rycina 1. Średnie wartości stopnia upośledzenia jakości życia według Kwestionariusza Szpitala Św. Jerzego (SGRQ) ($p < 0,05$)

Figure 1. The mean of the measurements of deteriorated quality of life (SGRQ) ($P < 0.05$)



Rycina 3. Średnie wartości stopnia kontroli emocji według Skali Kontroli Emocji (CECS) ($p < 0,05$)

Figure 3. The mean of the measurements of emotional control (CECS) ($P < 0.05$)

teczność działań psychoterapeutycznych mierzone odpowiednio za pomocą Inwentarza Osobowości NEO-FFI oraz Inwentarza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) nie wykazały statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą kontrolną i eksperymentalną. Oznacza to, że wpływ cech indywidualnych (osobowość i styl radzenia sobie ze stresem) na zależność pomiędzy udziałem w psychoterapii a jakością życia okazał się nieistotny statystycznie.

Dyskusja

U chorych uczestniczących w psychoterapii zwiększała się akceptacja choroby oraz malał stopień tłumienia emocji, podczas gdy w grupie kontrolnej wskaźniki te nie zmieniły się. Wskazuje to na skuteczność zastosowanych metod w kształtowaniu korzystnych postaw wobec choroby oraz rozwoju strategii radzenia sobie z nią.

U chorych, którzy nie uczestniczyli w psychoterapii, upośledzenie jakości życia zależnej od stanu zdrowia zwiększało się w miarę upływu czasu, natomiast w grupie uczestniczącej w psychoterapii jakość życia nie zmieniła się. Sugeruje to, że działanie psychologiczne może zapobiegać pogarszaniu się jakości życia badanych związanego z przewlekłą chorobą, jaką jest astma oskrzelowa.

Jednoznacznie nie udowodniono korzystnego wpływu działań psychoterapeutycznych na stan fizyczny chorych. Według niektórych autorów psychoterapia może służyć zaspokajaniu psychicznych potrzeb pacjentów na przykład w zakresie radzenia sobie z uczuciem osłabienia, samotności, depresji i zmęczenia [13]. Wydaje się, że uzyskane wyniki potwierdzają te przypuszczenia. Trudno je jednak odnieść do rezultatów podobnych badań ze względu na różnorodność stosowanych metod psychoterapeutycznych oraz sposobów pomiaru badanych zmiennych [8].

W jednym z ostatnio przeprowadzonych badań wykazano, że interwencje psychologiczne obejmujące 6-miesięczną psychoedukację chorych na ciężką postać astmy oskrzelowej wpłynęły na poprawę stanu zdrowia chorych i polepszenie jakości życia. Korzystny wpływ tego typu oddziaływań miał jednak stosunkowo krótkotrwały charakter [15].

Yorke i wsp. [16] dokonali metaanalizy badań dotyczących efektywności interwencji psychologicznych u chorych na astmę oskrzelową. Choć wyciągnięcie jednoznacznych wniosków na temat roli psychoterapii w tej grupie chorych okazało się niemożliwe, to jednak w wielu badaniach odnotowano korzystny wpływ działań psychologicznych na zmniejszenie liczby dawek leków stosowanych doraźnie

oraz polepszenie jakości życia chorych. Nie udało się natomiast wykazać, że psychoterapia wpływa na wzrost wartości wskaźników wydolności oddechowej. Różnice w wartościach FEV₁ okazały się nieistotne statystycznie. Niewielkie zmiany odnotowano jedynie w wartościach PEF, ale dotyczyły one pojedynczych przypadków.

Ostatnio podjęto także ciekawe próby oceny wpływu muzyki połączonej z rehabilitacją oddechową na uczucie lęku w przebiegu astmy. Wprawdzie nie potwierdzono korzystnego wpływu muzyki, jednak 10-dniowa rehabilitacja pozwoliła uzyskać znaczące zmniejszenie lęku w grupie badanej i kontrolnej [17].

Wnioski

Oprócz tradycyjnego leczenia działania psychoterapeutyczne mogą stanowić skuteczny sposób rozwiązywania problemów zdrowotnych osób chorych na astmę oskrzelową. Twierdzenie to jest zgodne z wytycznymi *British Thoracic Society* (BTS), dotyczącymi prowadzenia rehabilitacji oddechowej, według których tradycyjne działania medyczne powinno się uzupełnić edukacją chorych i wsparciem psychologicznym [18].

Ze względu na niewielką liczbę chorych uczestniczących w zajęciach psychoterapeutycznych wyniki otrzymane przez autorów niniejszego doniesienia należy interpretować z pewną ostrożnością. Uzyskane rezultaty są jednak na tyle zachęcające, że mogą stanowić przyczynek do dalszych badań obejmujących większe grupy chorych oraz różny profil oddziaływań.

Piśmiennictwo

1. Nowobilski R. Kompleksowy i interdyscyplinarny model rehabilitacji chorych na astmę oskrzelową. *Post. Rehab.* 2002; 16: 43–55.
2. Pietras T., Witusik A. Psychosomatyczne czynniki w patogenezie i przebiegu astmy oskrzelowej. *Terapia* 2000; 8: 18–21.
3. Schier K. Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorujących na astmę oskrzelową. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
4. Raport National Health, Lung and Blood Institute/World Health Organization. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. *Med. Prakt.* 2002; Wyd. Spec. 6.
5. Kosmala E. Analiza syndromu lęku w astmie oskrzelowej. W: Szewczyk L., Kulik A. (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka*. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001: 39–51.
6. Patkowski J., Kuźniar T. Znaczenie badań nad jakością życia w chorobach alergicznych. *Nowa Klin.* 1999; 6: 445–449.
7. de Walden-Gałuszko K. Jakość życia chorych z dusznością. W: Jassem E. (red.). *Duszność w zaawansowanych*

- stanach chorobowych — przyczyny i postępowanie. Via Medica, Gdańsk 2003: 225–229.
8. Fleming S.L., Pagliari C., Churchill R., Shuldhham C.M., McKean M. Psychoterapeutic interventions for adults with asthma. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; 19: Abstract.
 9. Sheridan C.L., Radmacher S.A. Psychologia zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.
 10. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.
 11. Kuźniar T., Patkowski J. Kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego (St. George's Respiratory Questionnaire) jako narzędzie oceny jakości życia w chorobach układu oddechowego. *Pol. Arch. Med. Wew.* 2000; 104: 401–412.
 12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
 13. Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1998.
 14. Salmon P. Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
 15. Smith J.R., Mildenhall S., Noble M.J. i wsp. The Coping with Asthma Study: a randomised controlled trial of a home based, nurse led psychoeducational intervention for adults at risk of adverse asthma outcomes. *Thorax* 2005; 60: 1003–1011.
 16. Yorke J., Fleming S.L., Shuldhham C.M. Psychological interventions for adults with asthma. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006; 25: Abstract.
 17. Nowobilski R., Czyż P., Furgał M. i wsp. The effect of music therapy on anxiety level in hospitalized asthmatic patients. *Pol. Arch. Med. Wew.* 2005; 113: 314–319.
 18. British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation. *Thorax* 2001; 56: 827–834.